



# Apprentissage de la visite à domicile en stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

## Home visit skills for general practice trainees

David Pompey<sup>1</sup>, Paul Frappé<sup>2</sup>

exercer 2011;97:92-6.

pompey\_david@yahoo.fr

**Background.** *The number of house calls in France and worldwide is declining since the early 90's. Framed by an "Accord national de bon usage des soins (AcBus)", house calls have both economical and organizational issues. Literature on house call in France is quite poor as it only deals with their perception by GPs. Currently, there is no specific data available that can inform teachers about residents' perceptions of house calls and about how to improve this specific training.*

**Objective.** *To assess the perception of house call by residents who have accomplished a SASPAS, and to identify learning needs met and desired.*

**Method.** *A qualitative study by semi-structured interviews has been set up. The interview guide has been built on three main components: house call place in SASPAS, perception, and identified needs.*

**Results.** *Fifteen residents in general practice have been interviewed from the 18 who have been contacted. Dual independent thematic analysis allowed to decline results in four categories: specific aspects of house call, specific resources, succeeded management aspects, and learning characteristics of house calls in SASPAS (difficulties, satisfactions, modalities and identified needs). House call perceptions by residents seemed to meet the GP's ones. If most of the achieved objectives were on a human point of view, pedagogical needs were rather on a technical one (administrative and logistics management, decision making).*

**Conclusion.** *Practical exchange groups, widely asked, could answer to the felt difficulties into the new context of autonomy, and to the feeling of a deficient debriefing.*

1. Interne. Service universitaire de médecine générale – UFR Saint-Étienne

2. Chef de clinique. Service universitaire de médecine générale – UFR Saint-Étienne

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

### Mots-clés

Médecine générale

Visite à domicile

Formation, SASPAS

Étude qualitative

## Introduction

Dans le dictionnaire MeSH, la visite à domicile (VAD) est définie comme « *la visite au domicile du patient afin de réaliser un acte diagnostique et/ou thérapeutique*<sup>1</sup> ». Les motifs de VAD sont multiples : urgence, renouvellement d'ordonnance, problème aigu y compris psychiatrique, enfant, patient incapable de se déplacer au cabinet, et plus dernièrement, augmentation de l'hospitalisation à domicile (HAD) et de la prise en charge des soins palliatifs à domicile. En France, entre

1980 et 2008, le nombre de VAD a diminué de 65,4 à 28 millions par an<sup>2</sup> soit, une réduction absolue de 57,2 %.

En France, la littérature sur la VAD est rare. Les deux principales études ont été réalisées par les URML d'Auvergne et d'Île-de-France<sup>3,4</sup>. Elles se sont intéressées à la perception de la VAD par les médecins généralistes (MG) qui y exprimaient les notions de nécessité et de devoir. La VAD y apparaissait comme chronophage, contraignante, fatigante, majorant les risques d'accident (surtout lors des déplacements) et moins rentable qu'une consul-

tation au cabinet. Cependant, elle était aussi perçue comme instructive, car permettant d'acquérir des connaissances sur l'environnement du patient.

La VAD soulève plusieurs problèmes pour le MG. La gestion des demandes de VAD réclame une régulation. Un acte en visite dure en moyenne 41 minutes (dont 13 pour le déplacement) contre 18 minutes au cabinet. La nécessité d'élaborer une trousse de visite, l'environnement particulier (bruit, éclairage, espace), l'accès au dossier médical, la confidentialité des informations échangées, ou encore les



conditions d'hygiène sont autant de caractéristiques qui mobilisent des compétences spécifiques.

S'il n'existe pas de recommandation sur la pratique de la VAD, l'AcBus d'août 2002 a introduit la notion de visite justifiée et non justifiée<sup>5,6</sup>. Ses deux principales mesures étaient de définir la population concernée par la VAD justifiée (sur des critères médicaux et environnementaux), et de créer de nouvelles cotations (MD et DE) conditionnant le remboursement par les caisses d'Assurance maladie. Ces mesures limitatives ont été complétées par un objectif médicalisé d'évolution des pratiques (diminution de 5 % du nombre de soins hors cabinet en 2003) et par la mise en œuvre d'actions pour atteindre cet objectif.

Au cours de la formation initiale en médecine générale, l'apprentissage de la VAD a essentiellement lieu lors du stage chez le praticien, et en particulier lors du SASPAS qui est un stage professionnalisant axé sur la mise en autonomie de l'étudiant<sup>7</sup>.

Plusieurs thèses ont étudié le vécu du SASPAS par les internes<sup>8,9</sup>. Leur ressenti était très positif, notamment à propos de l'autonomisation et du partage de connaissances avec les maîtres de stage. Les principales demandes d'amélioration recensées étaient pédagogiques, avec une autonomie parfois vécue comme un isolement sans supervision.

Par ses enjeux, l'apprentissage de la VAD est un axe pédagogique particulier pour le futur MG. À ce jour, il n'y a pas de données publiées permettant d'éclairer les enseignants sur le vécu de cet apprentissage et les pistes d'amélioration pédagogique. Pour combler ce manque, cette étude avait pour objectif d'évaluer la perception de la VAD par les internes de médecine générale ayant effectué un SASPAS, ainsi que d'identifier les besoins de formation satisfaits et souhaités.

## Méthode

Étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès d'internes de médecine générale (IMG) ayant fait un SASPAS entre novembre 2008 et novembre 2009. Un échantillonnage raisonné a été construit, recherchant la variation

maximale selon l'âge, le sexe, la faculté de formation, la validation de la maquette du DES avant le SASPAS, l'expérience de remplacement, et le type d'activités durant le SASPAS.

Le recrutement a été réalisé par téléphone, à partir des listes obtenues auprès des départements de médecine générale des facultés de médecine de Saint-Étienne, Clermont-Ferrand et Lyon.

Un même guide d'entretien a été utilisé pour les 15 internes, après un ajustement initial à la suite des 2 premiers entretiens (tableau 1). Une première question sur la définition de la VAD permettait ensuite d'aborder les trois axes principaux : la place de la VAD dans le SASPAS, les difficultés et satisfactions vécues, et la place de l'apprentissage dans la formation initiale en médecine générale. Pour chacun de ces axes, des relances permettaient d'aborder les domaines personnels, professionnels, et contextuels.

Les lieux de l'entretien étaient choisis par les interviewés. Les entretiens étaient conduits par un unique enquêteur (IMG), et ont été enregistrés après autorisation de chaque participant. Le nombre d'entretiens a été déterminé par la saturation des données. Les enregistrements ont été anonymisés et transcrits intégralement par un seul chercheur. Une analyse thématique de contenu a été effectuée sur les transcriptions et les notes prises par le chercheur lors des entretiens, à l'aide du logiciel QSR N'Vivo 8. La validité interne a été établie par triangulation des données en double analyse indépendante des premiers entretiens.

## Résultats

Quinze entretiens individuels ont été réalisés sur les 18 personnes contactées. Trois entretiens n'ont pas pu être réalisés pour des raisons d'éloignement géographique et d'incompatibilité d'emplois du temps. Les caractéristiques des participants sont présentées dans le tableau 2. La durée moyenne des entretiens a été de 20 minutes. La saturation théorique a été atteinte au bout de 12 entretiens et a été vérifiée par 3 entretiens supplémentaires. Les résultats ont été regroupés en plusieurs catégories.

### Définition de la VAD par l'interne

#### Axe 1 : Place de la VAD dans le SASPAS

Axe 2 : Difficultés et satisfactions rencontrées par l'interne SASPAS autour de la VAD

- Vis-à-vis de la demande de VAD
- Vis-à-vis de la gestion de la VAD
- Vis-à-vis des déplacements
- Dans la répercussion des VAD sur les vies professionnelle et personnelle

Axe 3 : La formation initiale du médecin généraliste à la VAD

- Formation initiale théorique du médecin généraliste à la VAD
- Formation initiale pratique du médecin généraliste à la VAD

Tableau 1. Guide d'entretien

## Aspects spécifiques

Unanimement, la VAD était ressentie par les internes en SASPAS comme indispensable, mais sa justification restait nécessaire : « *Un service médical qui doit être justifié soit par l'urgence soit par les caractéristiques physiques médicales ou géographiques parfois* » (IMG13). Elle était définie avant tout comme un « *déplacement au domicile du patient, donc en dehors du cabinet* » (IMG15). L'approche du contexte du patient était un des points positifs permettant de mieux le connaître : « *On voit l'environnement, on comprend pas mal de choses : où ils vivent, comment ils vivent, on peut capter des éléments dans leur entourage qui peuvent influencer notre prise en charge* » (IMG1). En revanche, la VAD était étiquetée comme chronophage : « *On serait vite pris au piège du jeu du temps, à vouloir faire vite, à ne pas vouloir fouiller les choses de peur de trouver quelque chose qui nous prenne du temps, voilà les dangers de la visite de routine* » (IMG1).

La relation médecin-patient était perçue comme différente du cabinet : « *Il y a une proximité plus importante qui se crée avec le patient une fois qu'on l'a vu à domicile* » (IMG7).

La pratique était considérée comme plus empirique : « *On a quand même beaucoup moins de précision au niveau de l'examen clinique tant dans les outils que l'on peut utiliser que dans les conditions* »



d'examen, et je pense du coup que le diagnostic s'en ressent aussi » (IMG6). À partir de là, la VAD était plutôt jugée comme « une contrainte » (IMG4).

L'utilisation du dossier médical restait problématique malgré les nombreux outils technologiques disponibles : « Je lisais le dossier avant d'y aller, j'imprimais les choses importantes et je parlais quand même avec la dernière ordonnance, les dernières consultations » (IMG14).

La difficulté d'une hygiène correcte a été remarquée : « D'un point de vue hygiène, c'est sûr qu'on a bien notre petit Stérilumâ dans la trousse, mais ça reste de la médecine de coin de table comme j'appelle ça moi, avec les miettes de pain sur la table et le chien à côté » (IMG8). Le risque d'accident de circulation était considéré comme non négligeable : « L'hiver, la neige, les accidents de voiture, voilà » (IMG4).

Certains pensaient que la VAD n'était pas rémunérée à sa juste valeur : « Redéfinir sa cotation, ça me paraît indispensable » (IMG2).

### Ressources spécifiques

La demande de régulation des VAD était un facteur prégnant dans tous les entretiens : « La difficulté est de trier les visites à domicile justifiées au milieu des demandes injustifiées ; donc la demande doit être cadrée » (IMG12). La gestion du planning était ressentie comme indispensable pour satisfaire à la permanence des soins : « Savoir s'organiser quand on planifie les visites, et puis savoir également quelles visites on va voir en premier ou le degré d'urgence de la visite » (IMG2). Cependant, une démarche décisionnelle spécifique dans les VAD s'est révélée : « Faire hospitaliser quelqu'un qui est chez lui et qui ne veut pas en partir est une autre difficulté par rapport à la consultation de cette même personne au cabinet » (IMG12).

### Gestion réussie

Les participants ont évoqué en premier lieu la limitation de leur nombre : « J'espère vraiment que mon activité future se limitera aux critères que j'ai pu voir en stage, c'est-à-dire les personnes handicapées, les personnes isolées et les personnes

âgées qui ne peuvent vraiment pas se déplacer » (IMG10). Il y avait aussi l'importance d'un juste équilibre de vie entre le professionnel et le personnel : « J'essaierai de les caler, comme durant mon SASPAS, au moment où ça ne me dérange pas trop au niveau professionnel comme au niveau personnel » (IMG14).

L'aboutissement d'une VAD réussie a été clairement identifié : « La reconnaissance du patient envers le médecin qui se déplace à domicile » (IMG4) n'a pas de prix pour les intervenants.

## Caractéristiques d'apprentissage

### Satisfactions

Les intervenants ont principalement mis en avant un apport d'expérience grâce aux VAD : « Côté formation, apprendre à se débrouiller encore plus, seul, on va dire » (IMG11). De manière moins unanime, le « relationnel supérieur » ressortait dans les entretiens : « C'est une relation privilégiée ... on essaie plus de faire du sur mesure et c'est intéressant pour eux et pour nous » (IMG9).

Une VAD était une consultation centrée sur le patient : « Les soutenir dans leurs

difficultés, trouver des solutions avec eux en fonction de ce qu'ils vivent et de l'endroit où ils vivent » (IMG9). La tolérance du patient envers le médecin et vice-versa était aussi un gage de préservation de la VAD : « Ça contribue à une certaine ouverture d'esprit et rend plus tolérant » (IMG1).

### Difficultés

Les difficultés exprimées étaient le vécu de la visite comme « une perpétuelle débrouille » (IMG3 et 13), la localisation géographique du domicile : « vaincre l'angoisse de se déplacer, de trouver le domicile » (IMG 15), la place de l'administratif : « Il fallait penser aux feuilles de soins, aux bons de transport ... à tout l'administratif » (IMG14), et la cotation : « À force de le faire, on finit par savoir, mais sinon il faut toujours regarder et on perd du temps » (IMG7).

Parallèlement, des difficultés spécifiques au SASPAS ont été relatées :

- le sentiment de visite imposée dans le cadre du SASPAS : « Je les voyais plus comme une méthode pour le médecin qu'on remplace entre guillemets de se défaire de certains patients et de les refiler au SASPAS ; c'étaient

Variables	Nombre
Homme	9
Femme	6
Moins de 28 ans	1
28-29 ans	12
Plus de 29 ans	2
<b>Faculté de formation (internat)</b>	
Saint-Étienne	11
Clermont-Ferrand	2
Lyon (Grange-Blanche)	2
<b>Maquette DES MG validée avant le SASPAS</b>	
Oui	14
Non	1
<b>Expérience de remplacement</b>	
Avant le SASPAS	7
Pendant le SASPAS	3
Après le SASPAS	5
<b>Type d'activité de SASPAS (plusieurs réponses possibles)</b>	
Urbaine	10
Semi-rurale	8
Rurale	9

Tableau 2. Caractéristiques des internes en médecine générale (SASPAS)

des visites qu'ils n'avaient pas envie de faire généralement » (IMG4) ;

- le fait de « ne pas être le médecin référent » des patients (IMG5) ;
- la gestion difficile de l'inconnu : « Les gens sont chez eux, on fait intrusion dans leur vie » (IMG6) ;
- la confession des difficultés rencontrées auprès du maître de stage : « On n'a pas eu énormément de conseils, si ce n'est pour bien remplir la feuilles de soins » (IMG2) ;
- l'inexpérience : « C'est vrai que les patients doivent ressentir notre inexpérience, que nous ne sommes pas à l'aise, que nous cherchons » (IMG10).

### Modalités

L'interne en SAPSAS suivait les pratiques de l'enseignant clinicien qui l'accueillait : « La plupart des visites était programmée à l'avance par mon praticien » (IMG15). La moitié des participants s'appuyait, surtout en début de stage, sur la supervision indirecte : « C'est rassurant de pouvoir joindre le maître de stage à tout moment sur son portable quand on est au domicile d'un patient » (IMG15).

### Besoins identifiés

La supervision en SAPSAS était considérée comme déterminante dans la formation : « On débrieft au niveau du contenu de la consultation mais pas sur le fait que c'était une consultation visite et ça manquait » (IMG14). En complément de cette formation pratique, une formation théorique, même minime, était sollicitée : « Ne serait-ce qu'une petite heure de cours : apporter des feuilles de soins, montrer une visite bien planifiée » (IMG2).

Le problème de la non-rémunération a été relaté par la quasi-totalité des internes : « Aucune compensation des frais de déplacement de la part des maîtres de stage » (IMG4). De nombreux internes ont évoqué l'idée du SAPSAS obligatoire : « Si on a dans l'idée de s'installer, le SAPSAS me paraît incontournable » (IMG6). Enfin, la formation par les groupes d'échange de pratique apparaissait particulièrement importante : « Relater nos difficultés et nos satisfactions rencontrées en visite et en discuter ensemble pour améliorer notre pratique » (IMG13).



© Fotolia

### Discussion

Si la VAD a déjà été étudiée du point de vue des médecins généralistes<sup>3,4</sup>, des patients<sup>4</sup>, ou encore de l'ethnologue<sup>10</sup>, aucune étude ne s'était intéressée au point de vue de l'interne en médecine générale. L'autre originalité de ce travail est d'aborder la formation à la VAD en même temps que sa pratique.

La méthode des entretiens individuels a été préférée à celle des entretiens collectifs pour faciliter le recueil d'opinions et expériences plus personnelles. La solidité des concepts apparus peut en être affectée, car non confrontée et argumentée comme l'aurait permis un *focus group*. La saturation des données a été atteinte et vérifiée, mais la triangulation par 2 chercheurs indépendants n'a pas eu lieu sur la totalité des entretiens. A posteriori, le choix de commencer l'entretien en demandant une définition de la VAD n'a pas été idéal pour initier la narration. Le récit d'une VAD par l'interne aurait probablement permis de mobiliser davantage son imagination et ses représentations. Les entretiens étaient conduits par un unique enquêteur, lui-même interne de médecine générale en dernier semestre. Si cette position a pu faciliter la confiance, la faible expérience de l'enquêteur a pu induire des biais. Enfin, un dernier biais a pu être induit par le fait que les résultats n'ont pas été validés par les interviewés.

La perception de la VAD par les internes semble rejoindre celle des praticiens. Comme dans les autres études, elle était décrite comme nécessaire, contraignante (chronophage), et devant être limitée<sup>3,4</sup>. Cette limitation s'articule autour de la cotation et de la justification médicale. La VAD comporte intrinsèquement des aspects positifs comme la connaissance de l'environnement du patient, perçue comme susceptible d'améliorer sa prise en charge. Les aspects spécifiques apparaissent multiples et variés (relationnels, matériels, organisationnels, financiers, etc.). Ils relatent plus particulièrement des contraintes dans l'exercice de la pratique quotidienne (temps, organisation, déplacements, cotation, etc.). Cependant, la pratique d'une médecine plus empirique et la prise en compte de l'environnement de vie du patient étaient des aspects spécifiques de la VAD perçus comme positifs.

Les ressources spécifiques identifiées étaient plus restreintes. Elles s'articulaient autour du difficile exercice de gestion du planning, mais aussi du problème de régulation de la demande de VAD. Les objectifs atteints étaient essentiellement humains : un échange humain riche et l'acquisition d'une expérience unique. Cependant, une gestion réussie passait aussi par une limitation du nombre des VAD afin de trouver le bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée.



Tous les internes ont spontanément abordé les difficultés et les suggestions pour la formation. Les objectifs souhaités, à l'opposé des objectifs atteints, étaient d'ordre technique : la débrouille, le stress, la gestion administrative (cotation en particulier) et l'organisation matérielle. Ces difficultés ont amené les internes à identifier leurs besoins.

Sans surprise, la formation à la VAD vécue par les internes semblait praticien-dépendante, que ce soit en termes de nombre de VAD effectuées comme en termes d'investissement pédagogique du maître de stage. La plupart des internes ressentaient un sous-investissement de leur enseignant. Deux raisons peuvent être avancées. D'une part, les praticiens eux-mêmes sont dans une dynamique de désinvestissement de la VAD. D'autre part, la « débrouille » parfois mal ressentie peut refléter l'autonomie nouvelle apportée par un stage de type SASPAS. Ce hiatus entre l'habitude d'un encadrement plus étroit et l'autonomie inhérente à la VAD et au SASPAS, induit une certaine rancœur. Celle-ci se cristallise dans le reversement des honoraires en regard des frais de déplacement à la charge de l'interne.

Le manque de formation théorique a été régulièrement mis en avant par les internes, ce qui implique d'identifier un corpus théorique à enseigner en formation initiale. Enfin, les apports pédagogiques des groupes d'échange de pratique ont fait l'unanimité.

Une des limites de cette étude réside dans l'échantillonnage des interviewés qui étaient uniquement des anciens internes de SASPAS. L'élargissement de l'échantillon à tous les internes en MG ayant rencontré la VAD lors de leur stage de niveau 1 pourrait apporter des éléments supplémentaires, en particulier sur les satisfactions.

## Conclusion

La perception de la visite à domicile par les internes semble rejoindre celle des praticiens. Si les objectifs qu'ils déclarent avoir atteint en SASPAS sont essentiellement d'ordre humain, les besoins pédagogiques mis en avant sont plutôt d'ordre technique (gestion administrative et logis-

tique, prise de décision). Les groupes d'échange de pratique, largement sollicités, pourraient pallier les difficultés res-

senties dans le contexte d'autonomie nouvelle, mais aussi combler le sentiment de supervision insuffisante.

## Résumé

**Contexte.** Depuis le début des années 1990, le nombre de visites à domicile (VAD) décroît en France et dans le monde. Encadrée par un « Accord national de bon usage des soins (AcBus) », la VAD a des enjeux à la fois économiques et organisationnels. La littérature concernant la VAD en France est assez pauvre. Elle traite exclusivement de sa perception par les médecins généralistes. Il n'y a pas de données disponibles permettant d'éclairer les enseignants sur le vécu de son apprentissage par les internes et les éventuelles pistes d'amélioration pédagogique.

**Objectifs.** Évaluer la perception de la VAD par les internes de médecine générale ayant effectué un SASPAS, et identifier les besoins de formation atteints et souhaités.

**Méthode.** Étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Le guide d'entretien comportait trois axes : la place de la VAD dans le SASPAS, sa perception, et les besoins identifiés.

**Résultats.** Quinze internes ont été interrogés sur 18 contactés. Une double analyse thématique indépendante a permis de décliner les résultats en quatre catégories : les aspects spécifiques de la VAD, ses ressources spécifiques, les aspects d'une gestion réussie, et les caractéristiques de son apprentissage en SASPAS (difficultés, satisfactions, modalités et besoins identifiés). La perception de la visite à domicile par les internes semble rejoindre celle des praticiens. Si les objectifs qu'ils ont déclaré avoir atteint étaient essentiellement d'ordre humain, les besoins pédagogiques mis en avant étaient plutôt de nature technique (gestion administrative et logistique, prise de décision).

**Conclusion.** La perception de la visite à domicile par les internes semble rejoindre celle des praticiens. Si les objectifs qu'ils déclarent avoir atteint en SASPAS sont essentiellement d'ordre humain, les besoins pédagogiques mis en avant sont plutôt d'ordre technique (gestion administrative et logistique, prise de décision). Les groupes d'échange de pratique, largement sollicités, pourraient pallier les difficultés ressenties dans le contexte d'autonomie nouvelle, mais aussi combler le sentiment de supervision insuffisante.

## Références

1. National Library of Medicine. MeSH Database. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>.
2. Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES). [www.ecosante.fr](http://www.ecosante.fr).
3. Section généraliste URML Île-de-France. Enquête visite à domicile en Île-de-France, 31/01/2006. [http://www.urmlidf.org/urml/V\\_dom/DP\\_Vdom\\_060127.pdf](http://www.urmlidf.org/urml/V_dom/DP_Vdom_060127.pdf).
4. Section généraliste URML Auvergne. La visite à domicile en médecine générale. Éditions URML Auvergne, 2002.
5. Journal officiel de la République française. Arrêté du 26 août 2002 portant approbation d'un accord national de bon usage des soins sur les visites à domicile en médecine générale. 30/08/2002.
6. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). [http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-](http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/exercer-au-quotidien/feuilles-de-soins/les-visites-a-domicile.php)
7. Circulaire DGS/DES/2004/n° 192 du 26 avril 2004 relative à l'organisation du stage autonome en soins primaires ambulatoire supervisé.
8. Danquigny MH. Le SASPAS et sa perception : enquête qualitative par interviews semi-dirigés auprès de résidents en Languedoc-Roussillon. Thèse. Faculté de médecine de Montpellier, 2005. Dans Paris BIUM, thèse N° 94.
9. Mari-Turret C. SASPAS : enquête nationale sur le vécu des internes de médecine générale en stage de novembre 2003 à avril 2004. Thèse Faculté de médecine et des sciences de la santé de Brest, 2004. Dans Paris BIUM, thèse N° 62.
10. Sarradon-Eck A. Voyage en médecine de campagne : le cabinet médical sous le regard de l'ethnologie. Dans : Bloy G. Singuliers Généralistes. Paris : Éditions EHESP 2010:99-113.